
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

No

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean-Lucien-Georges DUFOUR

*Ancien Externe des Hôpitaux,
né à Orléans le 10 Décembre 1897.*

Anesthésie rachidienne obstétricale

limitée à la région périnéale
par injection d'une solution concentrée de novocaïne

TECHNIQUE DE RAVAUT

PRÉSIDENT : M. COUVELAIRE, *Professeur*



ORLÉANS
IMPRIMERIE HENRI TESSIER
8 bis ET 8, ter, RUE DU FAUBOURG-MADELEINE

1927

125

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

207



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean-Lucien-Georges DUFOUR

*Ancien Externe des Hôpitaux,
né à Orléans le 10 Décembre 1897.*

Anesthésie rachidienne obstétricale

limitée à la région périnéale
par injection d'une solution concentrée de novocaïne

TECHNIQUE DE RAVAUT

PRÉSIDENT : M. COUVELAIRE, *Professeur*

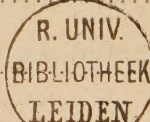


ORLÉANS
IMPRIMERIE HENRI TESSIER
8 bis ET 8 ter, RUE DU FAUBOURG-MADELEINE

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARY.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER ...	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.

MM.

HEITZ-BOYER .	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL ..	Obstétrique.
LHERMITTE ...	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RICHET Fils ...	Physiologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LÆPER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infan- tile.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Le Docteur ALBERT DUFOUR

Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Décoré de la Croix de Guerre.

Mon premier maître.

Humble témoignage de ma très
grande reconnaissance.

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de gra-
titude.

A MON FRÈRE

Le Docteur ANDRÉ DUFOUR

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

Le Docteur GAUFROY

Médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

A TOUS LES MIENS. — A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RUDAUX
Accoucheur et Professeur en chef de la Maternité.

Dont le bienveillant accueil m'a
permis la rédaction de ce mo-
deste travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur CHAUFFARD.

M. le Professeur QUÉNU.

M. le Docteur BERGÉ (*in memoriam*).

M. le Docteur SAVARIAUD.

M. le Docteur HALLOPEAU (*in memoriam*)

M. le Docteur FOURNIER.

M. le Docteur DEVRAIGNE.

M. le Docteur RIVET.

M. le Docteur CHABROL.

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU D'ORLÉANS

MM. les Docteurs :

MARRE.

MERCIER.

CAILLAUD.

DEROUET.

DESHAYES.

MOLVEAUX.

TOUCHE.

INTRODUCTION

La question de l'analgésie obstétricale, depuis longtemps à l'étude, suscite encore actuellement de nombreux travaux. Narcose par inhalation, injection ou ingestion de médicaments hypnotiques variés (uréides, opiacés, etc...), suggestion hypnotique n'ont pas encore pu faire pénétrer l'accouchement sans douleur dans le domaine de la pratique courante.

Sans nier l'intérêt qu'il y a de diminuer ou même de supprimer complètement les douleurs du travail, il faut reconnaître que les accouchements normaux, certains forceps faciles, forceps à la vulve en particulier, les périnéorraphies superficielles et immédiates n'impliquent que rarement la nécessité d'une anesthésie.

Au contraire la plupart des interventions obstétricales nécessitent une anesthésie appropriée. Il ne s'agit plus alors d'analgésie, mais d'une anesthésie complète ne différant en rien de l'anesthésie chirurgicale.

La nécessité absolue d'une anesthésie est évidente dans les interventions par voie haute. Pour les interven-

tions par voie basse, si l'anesthésie n'est pas indispensable dans tous les cas, elle est toujours utile.

Grâce, en effet, à l'insensibilité et à l'immobilité de la parturiente, on effectue avec plus de facilité les différentes manœuvres, tout en respectant plus strictement l'asepsie. D'autre part, la résolution musculaire ainsi obtenue donne au vagin et au périnée une souplesse telle que l'extraction de l'enfant se fait aisément avec un minimum de risque pour les parties molles. Ce relâchement musculaire prend un intérêt capital lorsque la résistance des tissus forme à elle seule un élément dystocique.

Enfin ici plus encore qu'au cours de l'accouchement spontané, il est humain de chercher à supprimer des souffrances inutiles en s'efforçant de n'être nuisible ni à la mère, ni à l'enfant.

HISTORIQUE

L'anesthésie générale par inhalation, employée depuis longtemps, est à l'heure actuelle le procédé couramment utilisé. L'éther, le chloroforme, le chlorure d'éthyle purs ou sous forme de mélanges, sont les anesthésiques préférés suivant les auteurs. Si l'emploi de ces diverses substances suivant le procédé dit « à la reine » suffit à déterminer une bonne analgésie de la parturiente, et est pratiquement sans danger pour celle-ci, il n'en est plus de même lorsqu'on veut obtenir le relâchement musculaire complet. Il faut alors une anesthésie profonde, ne pouvant être confiée qu'à un aide expérimenté et comportant les risques de toutes les anesthésies, quelles qu'elles soient.

Action souvent nocive sur le foie, le cœur, les reins, les poumons ; accidents mortels heureusement rares, mais qui existent encore dans les proportions suivantes : 1 sur 3.000 chloroformisations, 1 sur 8.000 anesthésies à l'éther (en chirurgie).

Le protoxyde d'azote, très vanté par les Américains

et les Anglais, dont Vignes et Moreau préconisaient il y a quelques années l'emploi en obstétrique, est, en France du moins, d'un usage peu répandu.

La scopolamine, seule ou en association avec la morphine qui, sans arrêter la marche du travail, diminuerait la douleur, est très employée en Allemagne ; mais cette méthode ne serait pas sans danger pour le fœtus.

L'anesthésie rachidienne vulgarisée et propagée par Tuffier fut appliquée pour la première fois à l'obstétrique par Doléris et Malartic en 1900, qui utilisèrent l'injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire dans cinq accouchements. De cinq observations ces auteurs concluaient que : l'analgésie obstétricale était obtenue sûrement avec l'injection lombaire de doses modérées de cocaïne, que la cocaïne ainsi appliquée accélérât le travail, qu'elle paraissait agir comme hémostatique, enfin que ses inconvénients étaient insignifiants.

À la même époque, Kreiss, Dupaigne, Marx, Porak publient des observations.

Guéniot, dans un rapport sur 25 cas de Malartic, conclut ainsi : « L'injection de cocaïne pratiquée sur la femme en travail supprime la douleur que déterminent les contractions utérines et celle qui est due au passage de l'enfant. De plus, loin d'entraver la marche du travail, elle semble l'accélérer. »

L'influence de la cocaïne se fait sentir pendant une heure et demie en moyenne. Il admet comme indication des injections de cocaïne : 1^o les opérations obstétricales qui réclament l'emploi de l'anesthésie, abstraction faite de celles qui pourraient nécessiter l'introduction de la

main dans la cavité utérine : 2° la douleur excessive que détermine parfois le travail ; 3° la lenteur exagérée de ce dernier par suite de la faiblesse ou de l'irrégularité des contractions ; 4° enfin la tendance aux hémorragies sous quelque forme que ce soit (inertie utérine, insertion vicieuse du placenta, etc...).

Porak en 1901 utilise la rachi-anesthésie dans un accouchement normal et dans cinq cas pour pratiquer des opérations.

Et il conclut « que c'est seulement dans les cas de manœuvres ou d'opérations obstétricales que les injections intra-rachidiennes de cocaïne sont indiquées, l'action de ces injections étant trop temporaire pour qu'on puisse les employer dans les accouchements normaux. »

Malartic dans sa thèse (1901) apporte 62 observations ; il emploie une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/100 et injecte un gramme de cette solution, soit un centigramme de cocaïne. Les effets obtenus sont les suivants :

1° L'analgésie de la zone génitale qui s'établit de trois à cinq minutes après l'injection et dure environ deux heures. Pendant ce temps les contractions utérines sont indolores et inconscientes ; la femme n'éprouve pas le besoin de pousser, mais pousse très énergiquement quand on le lui commande ;

2° Les contractions utérines sont plus énergiques, plus longues et plus fréquentes que normalement. La période d'expulsion est d'ordinaire abrégée. La délivrance se fait rapidement après l'accouchement et l'utérus reste dur et rétracté.

3° L'injection de cocaïne possède un pouvoir hémostatique.

4° Le fœtus n'est nullement éprouvé par l'injection rachidienne de cocaïne.

Malartic a même employé l'injection rachidienne de cocaïne pour provoquer l'accouchement dans deux cas. Les accidents n'ont jamais été sérieux, mais les céphalées étaient fréquentes.

Diamantberger, dans sa thèse (1901), concluait exactement dans le même sens.

Max Cheval relate en 1922 à la Société Belge de Gynécologie et Obstétrique 3 observations desquelles il résulte que l'anesthésie rachidienne provoque un arrêt immédiat de la contraction utérine. Aussi préconise-t-il son usage « en dehors des opérations obstétricales chez les femmes atteintes d'affections interdisant l'anesthésie générale, dans les cas où la contraction utérine nuit à la facilité de l'acte opératoire, tels l'utérus tétanisé sur un fœtus en position transversale et la menace de rupture utérine ».

En 1924 Lantuejoul publie les résultats de 52 anesthésies rachidiennes faites dans le service de M. le Professeur Brindeau. « Il ne semble pas douteux, dit Lantuejoul, que l'anesthésie rachidienne donne, dans certains cas, des résultats très supérieurs à l'anesthésie générale, qu'elle facilite certaines manœuvres telles que la dilatation du col, l'extraction du fœtus. Les risques qu'elle entraîne, et qu'il est permis d'estimer très minimes, doivent, en présence d'un cas donné, être mis en balance avec les avantages sérieux qu'elle comporte.

L'expérience des chirurgiens montrera ultérieurement aux accoucheurs s'il est possible à ces derniers d'employer l'anesthésie rachidienne largement et sans crainte. Dès à présent, il semble que les accoucheurs ne peuvent systématiquement rejeter un mode d'anesthésie qui a fait ses preuves et peut parfois contribuer, pour sa part, à sauver la vie d'un enfant sans faire courir à la mère de risques importants. »

Malheureusement l'anesthésie rachidienne comporte aussi des inconvénients dont quelques-uns sérieux.

Schickelé, dans son rapport au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française (Genève 1923), signale les dangers de l'anesthésie rachidienne qui, pour lui, ne sont guère évitables, ni par la technique, ni par le choix de l'anesthésique.

Le Professeur Brindeau, après deux cents anesthésies sans accidents, publie en 1925 deux cas mortels.

Accidents immédiats mortels ou très graves, persistance de céphalées quelquefois très opiniâtres, troubles oculaires intéressant surtout la VI^e paire, tels sont les risques de l'anesthésie rachidienne.

Si une anesthésie générale est nécessaire pour les opérations obstétricales par voie haute, il n'en est pas de même pour les forceps, extractions de siège, interventions plus fréquentes, ne nécessitant qu'une anesthésie de la région génito-périnéale. Cependant les divers procédés d'anesthésie localisée sont peu ou pas employés en obstétrique.

A l'anesthésie épidurale de Cathelin, particulièrement usitée en Allemagne, on reproche une technique délicate,

des résultats inconstants et des accidents parfois sérieux. Mocquot qui l'emploie dans toutes les interventions sur le périnée, la vulve, le vagin et le col : colporraphies, périnéorraphies, dilatation du col utérin, la considère dans ces cas comme bien préférable à l'anesthésie rachidienne.

Audebert, appliquant la méthode à l'obstétrique en modifiant quelques détails de technique, en obtient des résultats satisfaisants.

L'anesthésie présacrée se pratique en infiltrant toute la concavité du sacrum d'une solution de novocaïne à 1 /2 p. 100 ; on obtient ainsi une anesthésie du périnée, du vagin et de l'utérus, des paramètres, de la vessie, du rectum. Ce procédé semble difficilement applicable dans certains cas, en particulier au cours du travail si une partie fœtale est déjà engagée.

Restent l'anesthésie paravertébrale et transsacrée. Dans la première on dépose la substance anesthésique à côté de l'apophyse transverse des vertèbres, autour des nerfs sortant du canal vertébral. On commence à la septième ou huitième dorsale pour aller jusqu'au dernier trou sacré, soit un total de 24 injections, demandant de vingt à trente minutes à un anesthésiste exercé.

L'anesthésie transsacrée consiste à pénétrer dans les trous sacrés postérieurs et à déposer la solution anesthésique autour des nerfs. Méthode présentant d'assez grandes difficultés techniques, donnant de bons résultats, mais d'un emploi peu courant.

L'anesthésie locale par infiltration permet bon nombre d'interventions : curettages, périnéorraphies ; elle fut

même employée avec avantages dans certains cas d'hystérectomie vaginale.

Enfin des anesthésies tronculaires peuvent être pratiquées sur le parcours du nerf honteux interne, soit pour pratiquer des opérations sur le périnée, soit pour obtenir l'anesthésie au cours de l'accouchement.

De cette étude trop sommaire des différents procédés d'anesthésie obstétricale, il faut retenir que tous présentent des inconvénients : difficulté de technique pour les uns, inconstance des résultats pour d'autres, certains même ne sont pas sans danger. C'est ce qui a incité MM. Risacher et Waitz à appliquer à l'obstétrique une méthode de rachianesthésie limitée, préconisée par M. Ravaut en 1905 et employée par lui depuis cette époque pour les interventions sur la région génito-périnéo-anale.

MÉTHODE DE RACHIANESTHÉSIE LIMITÉE DE RAVAUT

Avant de décrire la méthode, voyons comment M. Ravaut fut amené à l'employer.

Les premières rachicocaïnisations furent pratiquées à l'aide de solutions aqueuses hypotoniques de cocaïne au 1/100 ; il était fréquent au cours de l'opération de constater chez le patient un état de malaise général, avec anxiété respiratoire, nausées, vomissements, pouls rapide. Dans les suites opératoires on notait des céphalées très fréquentes et assez souvent de l'hyperthermie.

Ravaut et Aubourg, pratiquant une ponction lombaire dans le but de diminuer la céphalée chez un rachicocaïné, constatèrent que la céphalée diminuait ou même disparaissait complètement avec la ponction et que plus violente était la céphalée, plus le liquide était hypertendu et trouble. A l'examen cytologique ils trouvèrent des polynucléaires plus ou moins abondants suivant l'intensité de la céphalée, l'absence complète de réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien étant exceptionnelle chez les rachianesthésiés.

Recherchant la cause de ces accidents, ces mêmes auteurs établirent que c'était le défaut d'isotonie entre la solution de cocaïne et le liquide céphalo-rachidien qui occasionnait les accidents.

Ils préconisèrent alors l'usage d'une solution anesthésique isotonique au liquide céphalo-rachidien, puis l'emploi du liquide céphalo-rachidien comme véhicule d'une faible quantité d'une solution fortement concentrée de cocaïne.

Les accidents disparurent presque complètement. Quelques vomissements persistaient au cours de l'anesthésie, mais il n'y eut plus ni céphalée, ni hypertension dans les jours suivants.

De l'emploi de cette solution hypertonique est née la méthode de rachi-anesthésie limitée à la région génito-périnéo-anale.

Principe de la méthode.

La solution employée étant très concentrée a un poids spécifique plus élevé que le liquide céphalo-rachidien. Si l'on injecte une goutte de la solution dans le canal rachidien d'un sujet assis, la goutte tombe au fond du cul-de-sac, où se trouvent les racines de la queue de cheval. La novocaïne n'agit que sur elles sans diffuser vers les régions supérieures.

« On peut figurer l'opération *in vitro* en se servant d'un tube à essais sur la paroi duquel on a pratiqué une petite ouverture à une certaine hauteur. On ajuste her-

métiquement à cette ouverture une aiguille à ponction lombaire et l'on remplit le tube jusqu'au bord de liquide céphalo-rachidien. On injecte alors par l'aiguille une goutte de la solution de novocaïne et l'on voit celle-ci, plus réfringente que le liquide, tomber au fond du tube à essais comme « du plomb ». Au contraire, une solution hypotonique diffuse aussitôt vers la région supérieure du tube. » (Le Flamanc.)

Solution anesthésique.

Après avoir utilisé successivement la cocaïne et la stovaïne, Ravaut emploie actuellement une solution de 50 grammes de novocaïne dans 50 grammes d'eau distillée, de telle manière qu'une goutte de cette solution contient deux centigrammes et demi d'anesthésique.

Il suffit d'injecter une goutte et demie de la solution, soit environ trois centigrammes et demi de novocaïne, pour obtenir une bonne anesthésie de la région génito-périnéo-anale.

La solution répartie en ampoules de un demi-centimètre cube peut supporter sans inconvénients une stérilisation à l'autoclave à 120°.

Instrumentation.

Une aiguille à ponction lombaire quelconque peut être utilisée, mais il est préférable de se servir d'une aiguille

fine, du modèle de Ravaut, par exemple. Cette aiguille est amincie à son extrémité sur une longueur d'environ un centimètre.

Le trou ainsi pratiqué dans la dure-mère s'obture plus rapidement et on évite ainsi l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, cause ordinaire des céphalées si fréquentes après les simples ponctions lombaires.

Comme seringue, la plus pratique est celle de Ravaut, spécialement fabriquée pour cet usage par Luer, et graduée en gouttes.

On peut aussi utiliser la seringue de Barthélemy à 15 divisions : deux divisions représentent une goutte de la solution. Ou plus simplement encore une seringue ordinaire de 1 centimètre cube dans laquelle une division représente 2 gouttes de solution.

Technique de la rachianesthésie limitée.

La ponction lombaire se pratique sur la femme assise dans le troisième ou le quatrième espace intervertébral lombaire. Dès que s'écoule le liquide on adapte l'aiguille et aspirant une très petite quantité de liquide céphalo-rachidien, on injecte le tout et on retire l'aiguille. Il est même possible d'éviter l'aspiration du liquide céphalo-rachidien en chargeant la seringue de deux gouttes et demie de la solution, dès la ponction faite, la seringue est adaptée et on pousse la solution anesthésique, une goutte tombe dans le cul-de-sac, ce qui reste dans l'aiguille et à l'extrémité de la seringue représentant environ une goutte et demie.

La dose nécessaire à l'anesthésie est de trois centigrammes.

L'injection terminée la femme doit rester assise environ deux minutes, puis on l'étend en ayant soin de maintenir la tête et les épaules surélevées par rapport au bassin pendant la durée de l'opération. De même pendant le transport de la femme à son lit et les heures suivantes, pour éviter une diffusion de l'anesthésique.

Résultats.

L'anesthésie apparaît rapidement : en cinq minutes elle fut toujours complète.

La zone anesthésiée est limitée en haut par la partie supérieure de la vulve, en arrière elle atteint le sacrum et latéralement dépasse un peu les limites du périnée. En profondeur elle s'étend jusqu'au col. La limite supérieure de l'anesthésie empêche d'employer la méthode dans les symphyséotomies. Les membres inférieurs restent en dehors de la zone anesthésiée.

Sa durée est d'une heure et demie environ, jamais moins ; quelquefois deux heures.

Le relâchement musculaire est absolu au niveau du vagin et du périnée. La vulve et l'anus sont entr'ouverts. La main introduite facilement dans le vagin ne sent plus la résistance des releveurs ; elle constate une véritable paralysie du périnée. Cette action est d'autant plus frappante que le périnée est plus résistant : périnée des primipares âgées par exemple.

Les contractions utérines persistent et n'ont jamais paru influencées.

Les douleurs liées à l'expulsion disparaissent complètement du fait de l'anesthésie périnéale ; la femme n'éprouve plus le besoin de pousser. C'est dire que la méthode ne présente pas d'intérêt au cours des accouchements spontanés et que son emploi n'est justifié que pour les interventions.

Indications.

La rachi-anesthésie limitée à la région génito-périnéale a été employée :

1^o Dans les interventions obstétricales proprement dites dans une cinquantaine de cas ;

2^o Dans certaines interventions portant sur la zone génitale chez la femme enceinte.

Ce sont surtout les anesthésies de la première catégorie que nous étudierons.

I. — Interventions obstétricales.

Ce procédé d'anesthésie a été employé dans les interventions suivantes.

1^o Applications de forceps.

Il s'agissait le plus souvent d'application de forceps à la partie moyenne ou haute de l'excavation, dans des

variétés transverses ou postérieures. Outre que le relâchement périnéal et vaginal facilite l'examen manuel profond, si souvent utile pour assurer un bon diagnostic duquel dépendra une bonne prise ; les cuillers seront placées plus facilement et en particulier dans les bassins rétrécis (30 p. 100 des cas). La rotation et la descente de la tête se font aisément et avec peu de risque de traumatisme pour les parois vaginales.

La persistance des contractions utérines pendant l'anesthésie, l'absence de résistance du côté du périnée rendent l'extraction facile.

2° Embryotomies.

Dans la basiotripsie ou la cranioclasie l'état de flaccidité des parties molles permet la traction très en bas ; les branches rectilignes des instruments sont ainsi moins traumatisantes pour la paroi postérieure du vagin.

3° Versions par manœuvres internes.

Bien que l'anesthésie de l'utérus ne soit pas obtenue par ce procédé et malgré la persistance des contractions utérines, il fut employé pour des versions par manœuvres internes. L'introduction de la main est absolument facile et indolore ; l'évolution du fœtus n'a pas paru être douloureuse.

4^o *Extractions du siège.*

Ici comme pour les forceps cette anesthésie est particulièrement indiquée, que l'on ait affaire à une présentation du siège ou bien à une extraction après version.

Dans les cas de siège décomplété, mode des fesses, la recherche et l'abaissement du pied sont rendus très aisés par l'anesthésie. L'extraction et, en particulier, la manœuvre de Mauriceau se font très facilement grâce à l'absence de résistance périnéale.

5^o *Périnéorraphies.*

Nous avons déjà dit combien les risques de déchirure étaient diminués grâce au relâchement du périnée. Lorsqu'elles existent, les déchirures sont en général très superficielles. Que l'on ait à suturer une déchirure ou une épisiotomie nécessitée au moment du dégagement, dans tous les cas, la périnéorraphie a pu être faite après la délivrance. L'anesthésie était à ce moment encore très bonne.

II. — Interventions gynécologiques.

En dehors des interventions obstétricales que nous venons de passer en revue, la rachianesthésie limitée a été employée avec succès pour quelques petites interventions gynécologiques portant sur la région génito-

périnéo-anale : périnéorraphies secondaires, ablation de glande de Bartholin. La simplicité et l'innocuité de la méthode en font dans ces cas un procédé de choix.

Employée au cours de la gestation cette anesthésie n'a été l'occasion d'aucun trouble et n'a pas provoqué l'accouchement.

Suites de l'anesthésie.

La délivrance s'est toujours effectuée naturellement et dans les délais normaux à la faveur d'une bonne rétraction de l'utérus. Une action favorable sur la délivrance est depuis longtemps notée dans les rachianesthésies usuelles. Dans un seul cas il y eut une hémorragie assez abondante ayant nécessité une délivrance artificielle.

Jamais ni incident, ni accident, au cours des anesthésies. Une fois, une femme a eu quelques nausées peu de temps après l'injection (Obs. 1251) ; il faut dire que la dose de novocaïne était un peu plus forte que de coutume, l'anesthésie d'ailleurs était plus étendue, occupant les membres inférieurs. Il n'y eut jamais ni paralysie, ni troubles de la marche.

Quelquefois, dans cinq ou six cas, la première miction n'eut lieu que de dix à vingt-quatre heures après l'anesthésie, vingt-sept heures dans un cas, mais dans tous les cas elle fut spontanée. Comme il n'est pas exceptionnel après un accouchement sans anesthésie d'observer de la rétention d'urine, il ne semble pas certain que la rachisoit à incriminer.

Dans cinq ou six cas également nous avons noté de la céphalée ; apparaissant en général au bout de vingt-quatre heures, durant un ou deux jours elle n'a persisté qu'une fois pendant quatre ou cinq jours (Obs. 1855). Une ponction lombaire fut pratiquée chez cette femme ; le liquide céphalo-rachidien n'était pas hypertendu et ne présentait aucune réaction albumineuse ou cytologique.

Et ceci nous amène à insister de nouveau sur la nécessité de n'employer que des aiguilles à ponction lombaire fines. Les céphalées que nous avons constatées sont vraisemblablement dues, comme celles qui sont consécutives aux ponctions lombaires simples, à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par l'orifice créé dans la dure-mère par l'aiguille. Chez toutes les femmes ayant présenté quelque céphalée on avait utilisé des aiguilles de gros calibre.

OBSERVATIONS

1154. — Primipare 36 ans. En travail depuis 30 heures. Sommet en droite transverse à la partie moyenne de l'excavation. Membranes rompues prématurément. Bruits du cœur accélérés. Arrêt de progression depuis 2 heures.

Rachianesthésie : 1 division d'une seringue de 1 centimètre cube. Souplesse périnéale parfaite.

Application de forceps sur sommet en D. T. ; rotation et extraction faciles.

Quelques éraillures vaginales. Périnée intact.

Délivrance naturelle une heure et demie après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 2.850.

1520. — Primipare 22 ans. En travail depuis 14 heures. Sommet en gauche antérieure, à la partie moyenne de l'excavation. Arrêt de progression.

Rachianesthésie : 1 goutte avec la seringue de Ravaut. Anesthésie à la douleur et souplesse parfaite du périnée presque aussitôt après la rachi.

Application de forceps sur sommet en G. A. Rotation et extraction faciles. Rotation des épaules assez difficile.

Pas de déchirure cutanée notable, mais déchirure vaginale suturée 45 minutes après ; l'anesthésie persiste.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches : endométrite.

Poids de l'enfant 4.400.

1594. — Primipare 31 ans en travail depuis 9 heures. Sommet en gauche transverse à la partie haute de l'excavation. Souffrance fœtale.

Rachianesthésie : 1 division seringue de 1 centimètre cube. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. T. Extraction facile.

Périnée intact.

Délivrance naturelle 20 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches : normales.

Poids de l'enfant 4.700.

1633. — Primipare 21 ans. Bassin légèrement rétréci. En travail depuis 72 heures. Sommet en D. T. partie haute de l'excavation. Souffrance fœtale. Femme traitée pour Σ .

Rachianesthésie, seringue ordinaire, ponction dans l'espace au-dessous des crêtes iliaques. Quelques secondes après anesthésie en selle complète.

Application de forceps : prise assez facile, rotation possible seulement à la vulve. Relâchement complet du vagin. Dès le début du dégagement la fourchette blanchit et se tend. Petite épisiotomie droite.

Délivrance presque immédiate.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches : fébriles.

Poids de l'enfant 3.120, né en état de mort apparente, facilement ranimé.

1655. — Primipare 29 ans. Bassin généralement rétréci. En travail depuis 49 heures. Sommet en gauche transverse. Souffrance fœtale.

Rachianesthésie, seringue ordinaire. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. T.

Périnée intact.

Délivrance naturelle 20 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 2.650, né en état de mort apparente, n'a pu être ranimé.

1670. — Primipare 20 ans. En travail depuis 26 heures. Sommet en gauche postérieure à la partie moyenne de l'excavation. Rupture prématurée des membranes. Arrêt de progression.

Rachianesthésie : 1 division d'une seringue de 1 centimètre cube. Parties molles assez résistantes, bonne anesthésie du périnée.

Application de forceps sur sommet en G. P. dans l'excavation.

Épisiotomie, réparation immédiate avec bonne anesthésie.

Délivrance naturelle 15 minutes après. Hémorragie assez importante.

Suites de l'anesthésie : céphalée légère les deuxième et

troisième jours, plus vive le quatrième, complètement disparue le cinquième.

Suites de couches subfébriles.

Poids de l'enfant 3.900.

1671. — Primipare 29 ans. En travail depuis 27 heures. Sommet en gauche transverse. Rupture tempestive des membranes. Lenteur d'expulsion. Liquide teinté de méconium.

Rachianesthésie : 1 division d'une seringue de 1 centimètre cube. Anesthésie et relâchement du périnée complets 5 minutes après. Application de forceps sur sommet en G. T. Extraction facile.

Périnée intact.

Délivrance naturelle 45 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 2.750.

1878. — Primipare 23 ans. En travail depuis 27 heures. Sommet en occipito-pubienne. Lenteur de la période d'expulsion.

Rachianesthésie : 1 goutte avec seringue de Ravaut. Cinq minutes après anesthésie complète. Relâchement périnéal parfait.

Application de forceps sur sommet en O. P.

Légère déchirure d'une bride périnéale. Rien au vagin.

Délivrance naturelle.

Suites de l'anesthésie : première miction spontanée 3 heures après.

L'anesthésie est largement diminuée une heure et demie après.

Suites de couches : légère endométrite.

Poids de l'enfant 3.030.

1904.— Secondipare. Premier enfant pesant 2.000 grammes. En travail depuis 17 heures. Sommet en droite postérieure. Défaut de progression. Souffrance fœtale.

Rachianesthésie. 1 goutte avec seringue Ravaut, 10 minutes après, anesthésie et relâchement parfaits.

Application de forceps sur sommet en D. P. à la partie haute de l'excavation. 2 prises D. P. et O. P.

Déchirure postérieure du vagin suturée 40 minutes après la rachi. L'anesthésie est encore parfaite.

Délivrance naturelle 15 minutes après.

Suites de l'anesthésie : première miction 27 heures après.

Céphalée légère pendant deux jours.

Suites de couches : subfébriles. Périnée repris.

Poids de l'enfant 3.650. Né étonné.

2048. — Primipare 21 ans. En travail depuis 42 heures 20. Sommet en droite postérieure. Symphyse basse. Rupture précoce des membranes.

Rachianesthésie : 1 goutte avec la seringue de Ravaut. Anesthésie vaginale et périnéale parfaites. Résolution parfaite.

Application de forceps sur sommet en D. P. à la partie haute de l'excavation.

Légère déchirure de la fourchette.

Délivrance naturelle 45 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.850.

2097. — Primipare 18 ans. En travail depuis 60 heures. Sommet en gauche antérieure. Souffrance fœtale.

Rachianesthésie : 1 goutte avec la seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. A. partie moyenne de l'excavation.

Déchirure clitoridienne.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches : subfébriles.

Poids de l'enfant 3.350, né étonné.

2110. — Primipare 35 ans. En travail depuis 24 heures. Sommet en gauche antérieure. Rupture prématurée des membranes. Souffrance fœtale. Liquide purée de pois, fétide. Dilatation entre petite et grande paume, température 39°.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Incision du col. Application de forceps sur sommet en G. A. à la partie moyenne de l'excavation.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 50 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches subfébriles.

Poids de l'enfant 3.670.

2113. — Primipare 22 ans. En travail depuis 52 heures. Bassin légèrement rétréci. Membranes rompues depuis 48 heures. Sommet en gauche postérieure. Souffrance fœtale.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Anesthésie bonne.

Application de forceps sur sommet en G. P. à la partie moyenne de l'excavation.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 35 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.570, né étonné.

2139. — Secundipare 37 ans. Premier accouchement avortement de 5 mois. Bassin généralement rétréci canaliculé, 10,2. En travail depuis 60 heures. Sommet en droite postérieure. Rupture précoce des membranes. Souffrance fœtale. Arrêt de progression.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Incision du col. Application de forceps sur sommet en D. P. à la partie moyenne de l'excavation.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 30 minutes après.

Suites de l'anesthésie : première miction 10 heures après.

Suites de couches subfébriles.

Poids de l'enfant 3.600. N'a pu être ranimé.

2196. — Primipare 21 ans. En travail depuis 9 heures. Sommet en gauche postérieure. Perversion de rotation. Modification des bruits du cœur.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. P. à la partie moyenne de l'excavation. Dégagement en O. S.

Déchirure superficielle de la fourchette.

Délivrance naturelle 30 minutes après.

Suites de l'anesthésie : première miction 12 heures après.
Céphalée violente pendant les deux premiers jours.

Suites de couches fébriles.

Poids de l'enfant 3.420.

2198. — Primipare 30 ans. Sommet en occipito-pubienne.
En période d'expulsion depuis 2 h. 45.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Forceps sur sommet en O. P. Extraction facile.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 45 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.200. Né en état de mort apparente.
Ranimé.

2423. — Primipare 27 ans. En travail depuis 23 h. 20.
Sommet en droite postérieure. Rupture prématurée des membranes. Un demi-centimètre cube d'hypophyse sans résultat à dilatation complète.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en D. P. à la partie moyenne de l'excavation.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 2.950.

2439. — Secondipare 25 ans. Premier accouchement césarienne. En travail depuis 56 heures. Sommet en gauche transverse.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. T. à la partie moyenne de l'excavation après incision du col.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches subfébriles.

Poids de l'enfant 3.280.

2463. — Primipare 25 ans. En travail depuis 26 heures. Sommet en gauche transverse. Rupture prématurée des membranes. Parties molles résistantes. Lenteur de la période d'expulsion.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. T. Dégagement O. S.

Parties molles épisiotomie : 2 catguts, 2 crins.

Délivrance naturelle 15 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.300.

2505. — Primipare 22 ans. En travail depuis 6 h. 30. Sommet en gauche antérieure. Souffrance fœtale. Peu d'efforts expulsifs.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. A. à la partie moyenne de l'excavation.

Parties molles intactes.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 2.760.

2516. — Primipare 37 ans. En travail depuis 45 heures.
Sommet en gauche transverse. Arrêt de progression.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. T. à la partie moyenne de l'excavation.

Déchirure superficielle du périnée.

Délivrance naturelle 20 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.300.

2522. — Primipare 21 ans. En travail depuis 27 heures.
Bassin généralement rétréci et aplati, sommet en droite postérieure.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue Ravaut.

Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en D. P. à la partie moyenne de l'excavation.

Épisiotomie latérale droite.

Délivrance naturelle 25 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.430.

2539. — Primipare 23 ans. En travail depuis 22 heures.
Sommet en gauche postérieure. Arrêt de rotation depuis 2 heures. Périnée résistant.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. P.

Episiotomie.

Délivrance naturelle 20 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.470.

2544. — Primipare 34 ans. En travail depuis 22 heures. Sommet en droite postérieure. Défaut de rotation. Modification des bruits du cœur. Périnée très résistant.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Le périnée, très résistant auparavant, s'assouplit aussitôt.

Application de forceps sur sommet en D. P.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 25 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches : subfébriles.

Poids de l'enfant 2.920.

2557. — Primipare 20 ans. Bassin généralement rétréci canaliculé 10,5. Bonne concavité sacrée. En travail depuis 31 h. 25. Sommet en droite transverse. Rupture précoce des membranes. Arrêt de progression.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Grande souplesse du périnée et du vagin.

Application de forceps sur sommet en D. T. à la partie moyenne de l'excavation. Rotation et extraction faciles.

Parties molles intactes.

Après l'accouchement l'utérus resté mou et la femme se met rapidement à saigner.

Délivrance artificielle.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches subfébriles.

Poids de l'enfant 3.870.

2609. — Primipare 27 ans. En travail depuis 28 heures.
Sommet en gauche antérieure. Souffrance fœtale.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en G. A. à la partie moyenne de l'excavation.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 60 minutes après.

Suites de l'anesthésie : première miction 24 heures après.

Suites de couches subfébriles.

Poids de l'enfant 3.170.

2745. — Primipare 21 ans. En travail depuis 14 heures.
Sommet en droite transverse. Arrêt de progression.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue Ravaut. Bonne anesthésie.

Application de forceps sur sommet en D. T. à la partie moyenne de l'excavation.

Périnée : 2 crins.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.100.

2806. — Primipare 37 ans. En travail depuis 18 h. 15.
Sommet en droite postérieure. Rupture prématurée des membranes. Périnée très résistant.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie, grande souplesse du périnée.

Application de forceps sur sommet en D. P. à la partie moyenne de l'excavation.

Déchirure superficielle du périnée.

Délivrance naturelle 30 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches fébriles, phlegmon du ligament large.

Poids de l'enfant 4.000.

3454. — Primipare 28 ans. En travail depuis 3 h. 20. Rachianesthésie faite sans indication pour voir son effet au cours d'un accouchement spontané, 1 goutte seringue Ravaut. Bonne anesthésie. 10 minutes après la femme perd toute sensibilité périnéo-vaginale.

Les contractions utérines restent puissantes ; la tête fait spontanément sa rotation et se fléchit, l'occiput est sous la symphyse, après quelques contractions la tête ne progresse plus.

Application de forceps sur sommet en O. P. On fait doubler l'articulation sacro-coccygienne et on enlève le forceps. La tête sort spontanément.

Les contractions utérines semblent moins douloureuses.

Périnée : 1 crin.

Délivrance naturelle 60 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.280.

3472. — Primipare 26 ans. En travail depuis 66 heures. Bassin généralement rétréci. Gémellaire. Albuminurie. Souffrance fœtale. Rupture précoce des membranes.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

1^o Application de forceps sur sommet en D. T. à la partie haute de l'excavation.

2^o Extraction du siège 51 minutes après.

Parties molles intactes.

Délivrance 20 minutes après par traction et expression.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches : normales.

Poids des enfants : 2.350 et 2.600.

1342. — Secondipare 33 ans. Sommet en droite postérieure. 8 applications de forceps sans résultat à Colombes.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue Ravaut. Bonne anesthésie.

Accouchement spontané avant l'application de forceps. Dégagement O. S.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 15 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 4.300, né en état de mort apparente, ranimé.

1251. — Primipare 21 ans. Siège décomplété mode des fesses engagé. En travail depuis 32 heures. Bassin légèrement rétréci. Rupture prématurée des membranes.

Rachianesthésie : injection un peu forte à la seringue de 1 centimètre cube. Anesthésie étendue du périnée, remontant au-dessus du pubis et occupant la presque totalité des membres inférieurs. Quelques nausées, injection de caféine sous-cutanée.

On arrive assez facilement à abaisser le pied postérieur.

Extraction du siège.

Déchirure superficielle peu étendue.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches : normales.

Poids de l'enfant 2.800 (Spina-bifida).

1676. — Tertipare 34 ans. En travail depuis 4 heures.
Rupture tempestive des membranes.

Rachianesthésie : 1 division de la seringue de 1 centimètre cube. Bonne anesthésie, complète 10 minutes après.
Relâchement parfait.

Extraction du siège.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 60 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 2.130.

1956. — Primipare 25 ans. En travail depuis 9 heures.
Bassin légèrement et généralement rétréci. Siège décom-
plété mode des fesses. Souffrance fœtale.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue Ravaut. Anesthésie
très bonne.

Extraction du siège partie haute de l'excavation. Pied
abaissé facilement.

Déchirure vaginale au moment du dégagement de
l'épaule, remontant un peu au-dessus de l'hymen persistant
et formant bride. Suture 1 heure un quart après, l'anesthésie
persiste encore complètement.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Suites de l'anesthésie : première miction 6 heures après.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.000, né étonné.

2299. — Tertipare 33 ans. Siège. Procidence du cordon. Dilatation complète.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Extraction du siège. Manœuvre de Champetier.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 25 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.200, mort apparente, hernie ombilicale opérée.

2382. — Primipare 28 ans. En travail depuis 8 h. 15. Siège. Bassin généralement rétréci et aplati, non progression depuis 2 heures. Femme fatiguée.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Extraction du siège.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 20 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches subfébriles.

Poids de l'enfant 3.120.

2580. — Primipare 26 ans. En travail depuis 36 heures. Siège décomplété mode des fesses. Bassin généralement rétréci. Rupture prématurée des membranes. Souffrance fœtale.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Extraction du siège. Manœuvre de Champetier.

Déchirure périnéale : 4 crins.

Délivrance naturelle 15 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches : subfébriles.

Poids de l'enfant 3.000, né en état de mort apparente, ranimé.

2731. — Primipare 17 ans. En travail depuis 3 h. 15. Siège complet. Bassin généralement rétréci et aplati. Procidence du cordon.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Extraction du siège.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Suites de l'anesthésie : première miction 24 heures après.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.950.

2805. — Primipare 24 ans. En travail depuis 39 h. 30. Bassin légèrement et généralement rétréci. Siège décomplété mode des fesses engagé. Rupture prématurée des membranes. Inertie utérine.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Deux incisions du col. Extraction du siège. Manœuvre de Champetier.

Déchirure complète du périnée faite avec la main qui abaissait. Réfection du périnée 15 minutes après avec une bonne anesthésie.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales. Périnée repris.

Poids de l'enfant 3.750, en état de mort apparente, ranimé.

3446. — Primipare 29 ans. En travail depuis 14 heures. Bassin généralement rétréci. Siège décomplété mode des fesses à la partie haute de l'excavation.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Extraction du siège.

Episiotomie préventive insuffisante : déchirure superficielle du périnée, 4 crins.

Délivrance par traction et expression 30 minutes après. Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 2.780.

3472. — Déjà citée. Accouchement gémellaire. Extraction du deuxième jumeau qui se présente par le siège.

1653. — Primipare 40 ans. En travail depuis 4 jours (2 suppositoires à l'hémypnal en ville). Travail irrégulier, membranes rompues depuis 4 jours. Hypophyse un quart et un demi-centimètre cube. Enfant mort.

Rachianesthésie : 1 division d'une seringue de 1 centimètre cube, injection de 1 centimètre cube caféine sous-cutanée. Un quart d'heure après anesthésie complète.

Incision du col en avant. Basiotripsie.

Les contractions utérines persistent pendant l'intervention.

L'anesthésie persiste encore une heure après.

Parties molles intactes.

Délivrance naturelle 35 minutes après.

Suites de l'anesthésie : première miction 18 heures après.
Suites de couches normales.

3457. — Secondipare 24 ans. Enfant mort au début du travail à la suite de rupture prématurée des membranes et de procidence du cordon.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie, parties molles très souples.

Basiotripsie.

Périnée intact.

Délivrance par traction et expression 15 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

2710. — Tertipare 35 ans. En travail depuis 2 h. 45. Présentation de l'épaule droite. Membranes rompues depuis 3 heures. Utérus rétracté. Dilatation presque complète.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie. Version par manœuvres internes. Evolution difficile. Manœuvre de Champetier.

Parties molles : petite déchirure du col.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

Suites de couches normales.

Enfant pesant 2.480, n'a pu être ranimé.

3433. — Primipare. En travail depuis 41 h. 30. Pas d'engagement. Membranes intactes. Trois circulaires. Insertion basse.

Rachianesthésie à dilatation complète : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Version par manœuvres internes. Extraction.

Légère déchirure périnéale : 2 crins.

Délivrance 30 minutes après par traction et expression.

Légère hémorragie.

Suites de l'anesthésie : céphalée assez forte les deux premiers jours.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant 3.300.

1806. — Primipare 16 ans. Périnéorraphie immédiate.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Très bonne anesthésie.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

1877. — Primipare 21 ans. Accouchement spontané. Déchirure complète du périnée.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Cinq minutes après anesthésie complète qui persiste encore une heure après.

Périnéorraphie immédiate.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

2067. — Primipare 25 ans. Avortement de 6 semaines, utérus rétroversé. Orifice externe seul perméable. Contracture vaginale.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Pas de sensation douloureuse pour la dilatation du col. Curettage pour hémorragie après dilatation aux bougies.

Suites de l'anesthésie : céphalée légère pendant 24 heures.

2495. — Tertipare 27 ans. Avortement de 4 mois. Fœtus déjà expulsé, col dilatable.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie.

Curettage.

Suites de l'anesthésie : rien à signaler.

1855. — Primipare 40 ans. Bartholinite.

Rachianesthésie : 1 goutte seringue de Ravaut. Bonne anesthésie. Ablation de la glande de Bartholin. Hémorragie.

Tamponnement.

Suites de l'anesthésie : céphalée pendant quelques jours. On pratique une ponction lombaire qui ne révèle pas d'hypertension.

CONCLUSIONS

La rachianesthésie limitée à la région périnéale par injection d'une solution concentrée de novocaïne mérite de figurer parmi les différents procédés d'anesthésie obstétricale.

Dans les interventions obstétricales courantes telles que : applications de forceps, extractions de sièges, embryotomies, etc..., surtout lorsqu'on veut obtenir un relâchement périnéal et vaginal complet, cette méthode nous a semblé offrir les avantages de la rachianesthésie ordinaire sans en présenter les inconvénients.

Avantages.

C'est un procédé d'une technique simple, ne nécessitant pas la présence d'un aide, susceptible de rendre service au praticien isolé.

Dans tous les cas l'analgésie a été suffisante et le relâchement musculaire parfait.

La durée de l'anesthésie, une heure et demie, au mini-

mum, est suffisante. Elle permet de pratiquer des interventions assez longues, ou d'effectuer dans un second temps une délivrance artificielle ou une périnéorraphie immédiate.

La rareté des lésions des parties molles fait que les escharres vaginales deviennent exceptionnelles. On supprime ainsi une porte ouverte à l'infection.

Inconvénients.

L'emploi de cette méthode n'a jamais occasionné ni accident grave immédiat ou tardif, ni même d'incident.

Nous n'avons observé que quelques céphalées légères et disparaissant rapidement. L'usage d'aiguilles à ponction lombaire de petit calibre doit permettre de les éviter presque à coup sûr.

D'une cinquantaine d'anesthésies nous ne pouvons pas conclure à l'innocuité parfaite de ce procédé, mais nous devons dire que M. Ravaut, qui emploie cette méthode depuis vingt ans, n'a jamais observé d'accident.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT. — *La rachistocaïnisation en obstétrique*. Thèse, Paris, 1905.
- AUDEBERT. — *Bulletin Société Gynécologie et Obstétrique*, 1923.
- BLOCH (R.). — *Presse médicale*, 1921.
- BOTELLA. — L'anesthésie rachidienne en obstétrique. *Rev. esp. de Obst. et Gynec.*, 1921.
- BRINDEAU. — Société d'obstétrique et de gynécologie. Paris, 1925.
- CAMUS. — Stovaine, novocaïne et centres bulbaires. *Paris médical*, 1922.
- CATHELIN. — *Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires*. Thèse, Paris, 1901.
- CHEVASSU et RATHERY. — *De l'anesthésie en chirurgie urinaire*. Congrès d'urologie, Strasbourg, 1921.
- DELMAS. — Rachianesthésie en gynécologie et obstétrique. *Revue française de gynécologie et obstétrique*, 1920.
- DESPLAS. — Technique de la rachianesthésie. *Paris médical*, 1922.
- DIAMANTBERGER. — *L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne en obstétrique*. Thèse, Paris, 1901.
- DOLÉRIS et MALARTIC. — *L'anesthésie obstétricale par injection de cocaïne dans l'arachnoïde*. Académie de médecine, 1900.

- DOLÉRIS et MALARTIC. — Société d'obstétrique, 1900.
- DOLÉRIS et CHARTIER. — *La gynécologie*, 1905.
- DUPAIGNE. — *Anesthésie médullaire à la cocaïne appliquée aux accouchements*. Académie de médecine, 1900.
- GOSSET et MONOD. — Indications de la rachianesthésie. *Paris médical*, 1922.
- GUINARD. — *Technique rationnelle de la rachicocaïnisation*. Congrès français de chirurgie, 1901.
- GUINARD, RAVAUT et AUBOURG. — Nouvelle solution pour rachicocaïnisation. *Presse médicale*, 1902.
- HEITZ-BOYER. — Congrès urologie Strasbourg, 1921.
- HERTZ. — Les accidents de la rachianesthésie. *Paris médical*, 1922.
- HUGGINS. — Les indications et les dangers de la rachianesthésie en obst. et gynéc. *Amer. Journal of Obst. et Gyn.*, 1922.
- KEHRER. — *Sakralanesthésie*. *Monat f. Geb. u. Gyn.*, p. 42.
- KREISS. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1900.
- LANTUEJOUL. — L'anesthésie rachidienne en obstétrique. *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, n° 4.
- LE FLAMANC. — *La rachianesthésie limitée à la région génito-périnéo-anale par injection de solution concentrée de novocaïne*. Thèse, Paris, 1919.
- LIEBHART. — Contribution à l'étude des complications de la rachianesthésie dans les interventions obstétricales. *Polska Gazeta Lekarska*, déc. 1925.
- MALARTIC. — *Les injections rachidiennes de cocaïne en obstétrique*. Thèse, Paris, 1901.
- MARX. — *Medical Record*, octobre 1900.
- MEEKER et FRAZER. — Transsacral nerveblock anesthesia. *Surg. Gyn. and obst.*, t. XXXV, 1922.
- MOCQUOT. — L'anesthésie épidurale. *Rev. chirurgie*, 1924.
- PEZZINI. — La rachianalgesia cocaina in obst. e ginec. *Ann. di obst. e ginec.*, t. XLIV.
- PORAK. — Rapport Académie de médecine, 29 janvier 1901.
- PUECH. — Les injections intrarachidiennes de cocaïne en obstétrique. *Gazette des hôpitaux*, 1901.
- Rachianesthésie. *Gynécologie et obstétrique*, t. VI.

- RABOURDIN. — *Topographie des lésions sensibles dans la rachicocaïnisation*. Thèse. Paris, 1905.
- RAPIN et SCHICKELÉ. — *Rapport au Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française*. Genève, 1923.
- RAVAUT. — *Anesthésie limitée à la région génito-périnéo-anale par injection intrarachidienne de solution concentrée de novocaïne*. Société de Biologie, 21 juin 1907.
- RAVAUT et AUBOURG. — *Le liquide céphalorachidien après la rachicocaïnisation*. Société de Biologie, 15 juin 1901.
- RISACHER et WAITZ. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Janvier 1927.
- STOECKEL. — *Über Sakralanesthesie*. *Centralblatt f. Gynæc.*, 1909.
- VIGNES et DAUPHIN. — *Année obstétricale*, 1926.
- VIGNES et MOREAU. — Action de l'analgésie au protoxyde d'azote sur la contraction utérine. *Presse médicale*, 1921.
-

